Beitrag

zur

Casuistik der tertiär-syphilitischen Schleimbeutelerkrankungen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Präsidium des Herrn

Geheimrath Professor Dr. Ritter J. N. v. Nussbaum
Generalstabsarzt à. l. s.

der

medicinischen Fakultät

vorgelegt von

Gustav Specht
approb. Arzt aus Schweinfurt.

MÜNCHEN
Druck von J. B. Grassl, München, Göthestrasse 12.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0094

Beitrag

zur

Casuistik der tertiär-syphilitischen Schleimbeutelerkrankungen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Präsidium des Herrn

Geheimrath Professor Dr. Ritter J. N. v. Nussbaum
Generalstabsarzt à. l. s.

der

medicinischen Fakultät

vorgelegt von

Gustav Specht
approb. Arzt aus Schweinfurt.

MÜNCHEN
Druck von J. B. Grassl, München, Göthestrasse 12.

Während die rein chirurgischen Erkrankungen der Schleimbeutel die eingehendsten Bearbeitungen und durch Veröffentlichung zahlreicher daraufbezüglicher Krankengeschichten anschauliche Illustrirung gefunden haben, sind speciell über die syphilitischen Affektionen der Schleimbeutel in der diesbezüglichen Literatur auffallend wenig Andeutungen gemacht und die hierüber publicirten Fälle beschränken sich auf einige wenige.

In den chirurgischen Werken und den Specialschriften über Schleimbeutelerkrankungen findet man unter den ursächlichen Momenten neben den allgemein anerkannten gar nie der Syphilis Erwähnung gethan.

Sucht man in den Specialwerken über Syphilis nach, so wird auch hier die Enttäuschung nicht ausbleiben, wenn man sich mit der Hoffnung getragen, in ihnen befriedigende Aufklärung über genannte Krankheitsform zu bekommen. Die weitaus grössere Anzahl der Autoren auf diesem Gebiet geht ganz mit Stillschweigen über sie hinweg und die wenigen, die ihrer überhaupt Erwähnung thun, beschränken sich dabei auf ganz allgemein gehaltene Bemerkungen. Die relativ meiste Ausbeute liefern noch die medicinischen Fachschriften.

Diese Vernachlässigung der luetischen Schleimbeutelaffektionen ist um so auffallender, einestheils, weil dieselben gar nicht zu den Seltenheiten in dem symptomenreichen Bilde der Syphilis zu gehören scheinen — nachstehende Fälle kamen in verhältnissmässig kurzem Zeitraume zur Beobachtung, ohne dass ihnen gerade nachgespürt wurde — anderntheils, weil die Syphilis der den Schleimbeuteln in histologischer und funktioneller Beziehung sehr nahestehenden Gewebe, der Sehnenscheiden und der Gelenkhöhlen, ein ziemlich gut bearbeitetes Gebiet ist.

Unter diesen Umständen könnte man geneigt sein, anzunehmen, es entbehre eben genannte Affektion überhaupt jedes praktischen Interesses und verdiene darum keine genauere Berücksichtigung. Dass diese Annahme eine irrige wäre, bedarf wohl keiner langen Argumentation. Es genüge nur der Hinweis auf den enormen Unterschied in der Therapie gerade bei diesen Fällen, je nachdem sich die Diagnose für Syphilis als die zu Grunde liegende Krankheit entschied oder nicht. Ganz abgesehen davon, dass es ein grosser Fehler wäre, wollte man

sich eine einzige Krankheitsform entgehen lassen, die im Verlaufe der Lues auftritt und auf sie sich zurückführen lässt. Es kann das scheinbar unbedeutendste Symptom viel zur Beleuchtung der Pathologie dieser interessanten Krankheit beitragen. Nach all' dem scheint die Thatsache, dass über Syphilis der Schleimbeutel nur wenig Veröffentlichungen existiren, eine mehr zufällige zu sein.

Zweck folgender Arbeit ist es nun, auf diesem Gebiete einen kleinen Beitrag zu liefern, der so spärlichen Casuistik eine geringe Bereicherung angedeihen zu lassen, überhaupt auf diese Krankheitsform die Aufmerksamkeit der berufenen Kreise zu lenken. Während ich auf die näheren Angaben bezüglich der hieher gehörigen Literatur später kommen werde, will ich zunächst die Fälle beschreiben, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Dieselben — vier an der Zahl — wurden in der chirurgischen Poliklinik zu München behandelt und durch die Liebenswürdigkeit des Vorstandes dieses Instituts, Herrn Professor Dr. Helferich mir zur Bearbeitung überlassen.

Fall I.

Elise B—, 57 Jahre alt, Klaviermacherswittwe, war früher stets gesund. In ihrem 29. Lebensjahre acquirirte sie von ihrem Manne Syphilis. Sie bekam damals Bubonen, ein juckendes knötchenformiges Exanthem im Gesicht, am Kopf und auf der Brust, defluvium capillorum. P. blieb lange Zeit ohne ärztliche Behandlung, da sie von der Natur ihrer Krankheit keine Ahnung hatte und sie auf eine Selbstheilung hoffte. Erst nach einem Geständniss seitens ihres Mannes, neun Monate nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen, suchte sie ärztliche Hülfe auf. Gezwungen durch äussere Verhältnisse musste P. schon nach kurzer Zeit die begonnene Kur unterbrechen, ohne dass sie von dem behandelnden Arzte für geheilt erklärt worden. Nur das Exanthem war zurückgegangen. Die übrigen Erscheinungen bestanden noch weiter. Während P. in den ersten Jahren ihrer Ehe zweien noch heute lebenden gesunden Kindern das Leben gegeben hatte, gebar sie in ihrem dreissigsten Lebensjahre, also ein Jahr nach der stattgehabten Infektion ein todtfaules Kind. Der zwei Jahre später geborene Sohn war von Jugend an geisteskrank und befindet sich gegenwärtig in einer Irrenanstalt. Sechs Jahre nachher gebar P. noch ein Kind, das jedoch schon nach drei Monaten, angeblich an Abzehrung starb.

Vor fünf Jahren nun bemerkte P. über ihrer linken Kniescheibe eine allmählich sich vergrössernde Geschwulst von teigiger Consistenz, zufällig, denn von subjektiven Symptomen wurde sie in keiner Weise belästigt. Dieselbe war auf der Kniescheibe verschieblich, und die darüberliegende Haut konnte in kleineren Falten abgehoben werden.

Ein ursächliches Moment kann nicht angegeben werden. Als der Tumor ungefähr Eigrösse erreicht hatte, blieb er stationär. Nach beiläufig dreijährigem Bestand, während welcher Zeit die Geschwulst nicht die geringsten Beschwerden verursacht hatte, wurde, ohne dass ein Insult vorausgegangen wäre, die Haut über demselben schmerzhaft und röthete sich, dann trat ziemlich central eine dunkle Stelle auf und es erfolgte Durchbruch nach aussen. Der so entstandene Hautdefekt hatte die Grösse eines Zehnpfennigstückes, lieferte mässig viel dünnflüssiges Sekret und machte der P. spontan keine Schmerzen. Der Tumor war ungefähr zur Hälfte zurückgegangen. Die Bewegungen im Kniegelenk waren nicht beeinträchtigt und was die mittleren Bewegungsexcursionen anbelangt, auch schmerzlos, nur bei den extremsten Graden der Bewegung äusserte sich spannender Schmerz. Die Patientin behandelte sich damals selbst mit allen möglichen Umschlägen etc., das Geschwür vernarbte auch, dafür entstanden mehrere andere auf der äusseren Seite des Tumors; auch diese heilten langsam wieder zu, und endlich brach dann kurze Zeit nachher, Anfangs September vergangenen Jahres, die Haut ungefähr $1^1|_2$ cm. unter der Narbe des Geschwürs durch und es bildete sich ein über zehnpfennigstückgrosser Hautdefekt. Da derselbe keine Neigung zur Vernarbung zeigte, trat P. vierzehn Tage später in hiesiger chirurgischer Poliklinik in Behandlung. Der Befund war damals folgender: Am unteren Rande der linken Patelle befindet sich ein Geschwür von ziemlich runder Form und der Grösse eines Zehnpfennigstückes. Dasselbe zeigt unterminirte Ränder und speckigen Belag, der harte Grund lässt sich etwas auf seiner Unterlage verschieben. Die Sekretion ist eine geringe, eiterig-serös. Die Geschwulst ist fast vollständig verschwunden. Ueber und neben dem Geschwür befinden sich harte Narben von bläulicher Farbe. Ueber Schmerz hat P. fast gar nicht zu klagen. Das Kniegelenk zeigt keine Symptome der Betheiligung. Das rechte Knie lässt nichts abnormes nachweisen. Die Allgemeinuntersuchung ergibt bohnengrosse harte Inguinaldrüsen beiderseits, im Uebrigen keine Residuen der durchgemachten Luesaffektionen. Die Anamnose, das despecte Aussehen des Geschwürs, die beständigen Recidiven trotz Anwendung der verschiedensten Mittel seitens der P. die harten Inguinaldrüsen — dies alles legte den Verdacht nahe, dass vorliegende Affektion eine syphilitische sei; dass sie primär im Schleimbeutel sass, steht wohl ausser Zweifel.

Die Diagnose lautete also: Syphylitisches Geschwür, hervorgerufen durch Uebergreifen des syphylitischen Processes der bursa praepatellaris auf ihr Integument.

Demgemäss wurde das Hauptgewicht bei der Therapie auf die innerliche Behandlung gelegt. P. bekam innerlich Jodkali 10 : 200, 2mal täglich einen Esslöffel voll. Das Geschwür wurde einfach mit Carbolwasser verbunden.

Unter dieser Behandlung nahm das Geschwür bald ein besseres Aussehen an und zeigte beginnende Vernarbung, ohne dass die P. im Uebrigen das befallene Bein schonte — sie lebte in ärmlichen Verhältnissen und verrichtete sämmtliche groben Hausarbeiten. Der Geschwürsgrund verlor bald den speckigen Belag und füllte sich mit gesunden Granulationen. Die Ränder legten sich an ihre Unterlage an und suchten den Defekt auszugleichen. Anfangs Januar war das Geschwür vollständig geheilt. Die restirende Narbe hat ein wulstiges Ansehen, die umliegende Haut ist dunkel blauroth gefärbt und schwach strahlig nach der Narbe zu verzogen, diese ist hart und an ihre Unterlage nicht adhärent. Die Geschwulst ist gänzlich verschwunden. Die Allgemeinuntersuchung ergibt negatives Resultat. Die P. wird als geheilt entlassen und ist seit jener Zeit von neuen Insulten verschont geblieben.

Fall II.

Anna Sch—, 62 Jahre alt, Taglöhnerin, verheirathet. P. gibt ein sehr verworrenes Bild über viele von ihr durchgemachte Krankheiten. Das für diesen Fall Wichtige ist ungefähr folgendes: P. bekam mit 27 Jahren einen stark schmerzenden bläschenförmigen Hautausschlag, der nach ungefähr einhalbjährigem Bestand auf ärztliche Behandlung verging. Vor sechs Jahren trat bei der P. angeblich in Folge einer Ansteckung von einem kranken Kinde ein juckendes rothes Exanthem auf, das sich fast über den ganzen Körper verbreitete; nach zwei Monaten ungefähr wich er unter starker Schuppenbildung der ärztlichen Behandlung. Zur nämlichen Zeit hatte sie eine Affektion in der Nase, die ihr die linke Nasenhöhle vollständig verstopfte. Vor nicht ganz zwei Jahren bekam sie ein Kehlkopfleiden, das auf innere Behandlung bald zurückging. Nach den mir vorliegenden, damals verschriebenen Recepten zu schliessen, wurden alle diese Affektionen von den behandelnden Aerzten für syphilitische gehalten. In einem Zeitraume zehn Jahren hatte P. sieben Geburten durchzumachen. Von diesen sieben Kindern lebt nur eines, das vierte, noch heute angeblich gesund; fünf starben kurze Zeit nach der Geburt an „Lebensschwäche", eine Schwangerschaft erreichte ihr normales Ende nicht, nach fünf Monaten wurde eine todtfaule Frucht geboren; es war dies zu der Zeit, als P. den zweiten Ausschlag hatte.

Vor fünf Jahren nun, also ein Jahr nach der angeblichen Infektion von dem kranken Kinde, nahm die Affektion an den Knieen ihren Anfang. P. bemerkte damals auf ihren beiden Knieen zu gleicher Zeit eine Anschwellung, die in dem Zeitraum von einem Jahr zu der Grösse anwuchsen, wie sie jetzt noch der Tumor über dem linken Knie zeigt.

P. weiss sich keiner Ursache für Entstehung der Geschwülste zu erinnern. Schmerz stellte sich nur bei Arbeiten in knieender Stellung ein. Die beiden Tumoren waren anfangs von teigiger Consistenz. Die Bewegungen im Kniegelenk waren nicht beeinträchtigt und schmerzlos. Nach zweijährigem Bestand wurde der Tumor am rechten Knie immer weicher und begann zu schmerzen. Die Haut darüber nahm blaue Vorfärbung an und brach schliesslich auf. Dieser Ausgang wurde durch unzweckmässige Behandlung seitens der P. noch unterstützt. Der Hautdefekt hatte ungefähr die Grösse eines Zweimarkstückes, der Grund des Geschwüres soll von schwammigem Ansehen und graugelber Farbe gewesen sein. P. zog keinen Arzt zu Rathe, sondern wendete aus eigener Initiative verschiedene Salben und Umschläge an; da Besserung nicht eintrat, eher Verschlimmerung, unterliess P. jede Behandlung. Das Geschwür nahm nun immermehr an Grösse zu, weshalb P. Ende September vorigen Jahres die hiesige chirurgische Poliklinik aufsuchte.

Der Status von damals heisst: Am unteren Rande der Patella rechterseits — bei gebeugter Stellung des Knie's untersucht — befindet sich eine nässende Geschwürsfläche von der Grösse etwa eines Fünfmarkstückes, mit grauem speckigem Grunde und spärlichen Granulationen. Die Haut ringsum ist dunkel bläulich gefärbt. Das Geschwür ist besonders an einzelnen Stellen scharf begränzt. Der Rand und Grund fühlen sich durchwegs hart an. Die Geschwulst ist bedeutend zurückgegangen. Ueber Schmerz wird nur wenig geklagt. Auf der linken Seite befindet sich über der unteren Hälfte der Patella eine Geschwulst von der Grösse einer grossen Orange, die bedeckende Haut zeigt im Centrum und an der Peripherie dunkel-blaurothe Färbung. Der Tumor ist zum Theil weich und lässt einzelne knorpelharte Höcker durchfühlen. Die Haut ist darüber verschieblich. An seiner Basis zeigt der Tumor keine Adhärenz. Auf Druck äussert P. keinen Schmerz.

Die übrige Untersuchung ergab harte, erbsen- bis bohnengrosse Inguinal-Cubital- und Cervicaldrüsen beiderseits, eine kaum bohnengrosse weiche Erhabenheit in der Mitte der crista tibiae, die druckempfindlich war, ferner kleine knochenharte Unebenheiten an der rechten oberen Seite des Stirnbeins. Die Anamnese und der Befund lenkten die Diagnose auf Syphilis, als die zu Grunde liegende Krankheit.

Es wurde dieselbe Therapie eingeleitet, wie im vorhergehenden Falle. Das Geschwür am rechten Knie und mit ihm der Tumor auf dem es sass, gingen nun allmählich der Heilung entgegen. Mitte Dezember war die Geschwürsfläche bis Markstückgrösse verkleinert und hatte sich vollständig gereinigt. Der Tumor war schon damals gänzlich verschwunden. Dagegen zeigte die Geschwulst am linken Knie keine andere Veränderung, als die, dass die darüberliegende Haut ihre blaurothe Farbe verloren und normales Verhalten angenommen hatte. Es

ist höchst wahrscheinlich, dass hier ein drohender Durchbruch durch die eingeleitete Therapie verhindert wurde. Mitte Januar dieses Jahres war das Geschwür vollständig vernarbt, doch war noch allseits Drüsenschwellung vorhanden. Da P. sich für geheilt hielt, entzog sie sich der weiteren Behandlung. Nach drei Wochen bemerkte sie wiederum eine Anschwellung über dem rechten Knie an derselben Stelle, wo der erste Tumor gesessen; acht Tage später brach die Haut darüber an der kaum geschlossenen Narbe durch. Nach drei Tagen stellte sich P. wieder zur Behandlung. Das Geschwür hatte nun die Grösse eines Zehnpfennigstückes, der Rand war hart, von bläulicher Farbe. Den Grund der Geschwürsfläche bedeckte grösstentheils ein nekrotischer Pfropf von schmutzig-gelber Farbe, der noch allseits festsass, im Uebrigen war das Geschwür mit schwachen Granulationen bedeckt, die einen schwachen Beleg zeigten. Die Wunde secernirte eine geringe Menge eiterig-wässiger Flüssigkeit. Die unterbrochene Behandlung wird wieder unverändert aufgenommen.

Nach drei Tagen ist der nekrotische Pfrof losgelöst, die zu Tage tretende Geschwürsfläche schwach granulirend und vor allem nach oben hin vertieft, so dass hier der Rand etwas überhängend ist. Nach kurzer Zeit wird die Granulationswucherung üppiger, die Vernarbung schreitet langsam aber ununterbrochen vorwärts. Mitte März ist das Geschwür vernarbt, der Tumor am rechten Knie verschwunden, während der Tumor linkerseits unverändert ist.

Fall III.

Crescenz Sch—, 48 Jahre alt, Seifenhändlerin, verheirathet P. hatte vor ungefähr 14 Jahren eine Rachenaffektion und eine kleine Geschwulst unter der Zunge. Die näheren Angaben hierüber sind sehr ungenau und oft widersprechend. Von zwei Kindern, die sie noch vor dieser Zeit geboren, starb eines während der Geburt, das andere siebzehn Tage nach der Geburt an Lebensschwäche.

Vor 13 Jahren nahmen die Geschwülste über den beiden Knieen zu gleicher Zeit ihren Anfang. Sie hatten eine mehr konische Form, fühlten sich hart an, waren schmerzlos, an ihrer Basis verschieblich und mit der bedeckenden Haut nicht verwachsen. Das Gelenk war beiderseits frei. Auch in diesem Falle lässt sich eine äussere Ursache für die Entstehung der Geschwülste nicht finden.

Nach 10 Jahren röthete sich ohne nähere Veranlassung die Haut über dem Tumor des linken Knie's, wurde schmerzhaft und brach an mehreren Stellen auf. Es ergoss sich eine geringe Menge dünner gelblicher Flüssigkeit. Nach ungefähr sechs Wochen ging ein nekrotischer Gewebspfropf von 2 cm Länge ab. Wie nach den noch erhaltenen Recepten ersichtlich, bekam P. damals Jodkali innerlich,

local Carbolverband. Nach 6 weiteren Wochen war das Geschwür vernarbt, der Tumor gänzlich zurückgegangen. Im August vorigen Jahres wurde auch die Haut über der Geschwulst linkerseits ergriffen. Sie wurde roth, schmerzend und brach auf. Starker Schmerz hinderte P. am Gehakt. Sie legte sich 14 Tage zu Bette, der Schmerz liess etwas nach, und P. kam nun in die Poliklinik. Den Befund von damals kenne ich nicht. Ich selbst sah die P. erst Ende Dezember. Sie hatte bis dahin oft wochenlang die Behandlung wieder ausgesetzt, so dass der Heilprozess keine rechten Fortschritte machte.

Als ich die P. zum ersten Male untersuchte, fand sich am untern Rande der linken Patella eine längliche Geschwürsfläche, 1 cm breit, 3 cm hoch. Der dunkelblaurothe Rand überragte nur von oben her die Geschwürsfläche. Die Granulationen waren schwach entwickelt und mit schmutziggelbem Belag überzogen.

Zwei Centimeter nach unten und etwas nach aussen befand sich eine zweite etwas grössere Geschwürsfläche, der Grund war namentlich nach oben hin tief eingesunken und von einem gelben nekrotischen Pfropf bedeckt. Beide Geschwüre hatten harten Grund und Rand; sie liessen eine Communikation mit einander in der Tiefe nicht nachweisen. Die Sekretion war schwach, serös-purulent. Von dem früher vorhandenen Tumor ist nichts mehr zu sehen. Das Gelenk ist nicht afficirt. Am rechten Knie finden sich die Residuen des vor 2 Jahren abgelaufenen Prozesses. Die Inguinaldrüsen und Cervicaldrüsen sind beiderseits geschwellt. Die Therapie war dieselbe, wie bei den zwei vorhergehenden Fällen. Innerlich Jodkali, örtlich Carbolverband.

Der Erfolg war, solange P. sich an die ihr gegebenen Verordnungen hielt, ein sehr günstiger, da sie sich jedoch öfters bis zu 14 Tagen der Behandlung entzog, häufig gestört. Die gegentheilige Wirkung des Aussetzens der Kur war ein sehr augenscheinlicher und bestätigte somit die Richtigkeit der Diagnose auf Syphilis. Erst im Februar dieses Jahres konnte P. zu einem genaueren Einhalten der Vorschriften bewegt werden. Von nun an schritt die Heilung ununterbrochen weiter. Anfangs März löste sich das nekrotische Stück am unteren Geschwür. Mitte März waren beide Geschwüre fast vollständig vernarbt. Während des ganzen Heilverlaufes wurde P. fast gar nicht von Schmerzen belästigt.

Fall IV.

Minna E—, 39 Jahre alt, Schreinersfrau, will früher nie erheblich krank gewesen sein. Vor 10 Jahren bekam sie über ihrer rechten Kniescheibe eine Geschwulst, die auf Druckverband zurückging. 5 Jahre später stellte sich dieselbe wieder ein. Als sie die Grösse

einer Kindsfaust erreicht hatte, hielt sie im Wachsthum inne. Dieselbe verursachte ausser im Knieen keinen Schmerz. Sie war auf ihrer Unterlage verschieblich, die verdickte Haut darüber liess sich kaum noch in Falten abheben. Das Gelenk zeigte normales Verhalten. P. beschuldigt langes Arbeiten in knieender Stellung als Ursache. Vor einem Jahre trat am linken Knie ein ähnlicher Tumor auf. Zu gleicher Zeit bekam P. mehrere Hautgeschwüre an der Vorderseite des linken Unterschenkels. Dieselben sollen auf Jodkali innerlich und Aq. Carbol local bald geheilt sein.

Ende September vorigen Jahres wurde die Geschwulst rechterseits schmerzhaft, die Haut darüber verfärbte sich und brach bald darauf an 2 ungefähr 1 cm von einander entfernten Stellen auf. Aus jedem dieser Hautdefekte ging ein gallertiger Pfropf von graugelber Farbe ab, zu gleicher Zeit entleerte sich eine geringe Menge dünnflüssigen Eiters.

Bald darauf kam P. in die chirurgische Poliklinik. Die Geschwulst am rechten Knie war damals schon bedeutend zurückgegangen, die beiden daraufsitzenden Geschwüre hatten je ungefähr die Grösse eines Zehnpfennigstückes und communicirten in der Tiefe mit einander; ihre Ränder fühlten sich hart an und waren von dunkelblauer Farbe. Schmerz war wenig vorhanden. Der Tumor linkerseits war unverändert.

Die übrige Untersuchung ergab bis auf die Narben der vor Jahresfrist geheilten Geschwüre am linken Unterschenkel keinen abnormen Befund. Die grosse Aehnlichkeit, die dieser Fall mit den andern hatte, ferner die verdächtigen Narben am linken Unterschenkel liessen vermuthen, dass auch diese Knieaffektion eine syphilitische sei.

P. bekam deshalb Jodkali innerlich, und einen feuchten Carbolverband am rechten Knie. Der Erfolg der Therapie war anfangs ein sehr guter, allein P. blieb plötzlich aus und kam erst ungefähr nach 6 Wochen wieder, da der Prozess sich verschlimmerte. Durch den Misserfolg der ausgesetzten Kur gewitzigt, befolgte sie von nun an besser die gegebenen Verhaltungsmassregeln. Mitte Dezember war das eine der beiden Geschwüre zugeheilt, das andere sehr bedeutend verkleinert. Der Grund desselben verengerte sich zu einem Fistelgang, der bis zur Basis des ungefähr noch 1 cm hohen Tumors reichte, Anfangs Januar war dieser Gang verschlossen, und Mitte Februar auch das Geschwür vollständig vernarbt und der Tumor verschwunden. Die Geschwulst linkerseits war unverändert.

Bei diesen vier Fällen, die eine seltene Uebereinstimmung zeigen, kann wohl über die Richtigkeit der Diagnose kein Zweifel bestehen. Vorgeschichte, Befund, Verlauf und Reaktion auf die eingeleitete Therapie charakterisiren sie als spezifisch syphilitisch.

Für ebenso sicher halte ich es nach den bei den einzelnen Krankengeschichten angeführten Symptomencomplexen, dass die bursa primär

Sitz der syphilitischen Affektion war. Es frägt sich nur, in welche der grossen syphilitischen Symptomengruppeu, der secundären oder tertiären, diese Krankheitsform zu setzen ist. Meiner Ansicht nach findet sie ihren richtigsten Platz in der Reihe der Erscheinungen, wie sie in der tertiären Periode der Syphilis auftreten. Beweisend hiefür halte ich folgende Punkte: Zunächst die lange Zeitdauer zwischen der stattgehabten Infektion und dem Beginn der Schleimbeutelerkrankung, sodann die Mittheilungen der P. über durchgemachte Secundärerscheinungen zu einer Zeit, als die bursae noch intakt waren und das vollständige Fehlen sekundärer Symptome während des Bestehens der Schleimbeutelaffection, vor allem aber der spezifische Charakter dieser Läsion selbst.

Bei Fall I war nach der zugestandenen Infektion und den wenige Wochen darauf durchgemachten secundären Erscheinungen eine Zeit von über 20 Jahren verstrichen, ehe die Affektion an der bursa ihren Anfang nahm.

Bei Fall II betrug die Zwischenzeit zwischen der angeblichen Infektion und der Schleimbeutelerkrankung über 1 Jahr. Secundärsymptome waren vorher abgelaufen und waren solche während des Bestehens des Tumors nicht vorhanden. Die in diese Zeit fallende Kehlkopfaffection kann nicht als Gegenbeweis dienen, da ihre Natur nicht näher bekannt ist, und solche Erkrankungen ebensowohl in den früheren, wie in den spätesten Stadien der Lues auftreten können.

Bei Fall III und IV ist die Zeit der Infection nicht bekannt, doch es ergibt die Anannese, dass seit dem Bestehen der bursalen Affektion keine Symptome auftraten, die man zu den secundär-syphilitischen rechnen könnte.

Für das Wichtigste jedoch in dieser Hinsicht halte ich den eigenthümlichen Charakter dieser Krankheit. Die secundär-syphilitischen Erscheinungen haben im grossen Ganzen eine mehr akutere Verlaufsweise und zeigen sich mehr im Bilde der Entzündung, der Hyerämie und Exsudation, während die Symptome im tertiär-syphilitischen Stadium mehr chronisch verlaufen, und bei ihnen der hyperglasirende, geschwulstbildende Charakter in Form der gummösen Wucherung in die Erscheiuung tritt. Diese Hauptkriterien, die, wie ich ja gerne zugestehe, sich nicht bis zu ihren letzten Consequenzen in differentiell-diagnostischer Beziehung verwerthen lassen, auf obige Fälle ganz allgemein angewandt, lassen mit den zuvor angeführten Momenten zusammengenommen wohl keinen Augenblick zweifeln, sie in die Gruppe der tertiäreu Erscheinungen einzureihen.

Soviel zur genaueren Fixirung der Diagnose.

Bedürfte es noch eines Beweises, dass bei Syphilis die Schleimbeutel afficirt werden können, so wäre er, glaube ich, durch die Mittheilung obiger Fälle erbracht. Es wurden indess einzelne Fälle ausgesprochen syphilitischer Bursitiden schon früher veröffentlicht und der Amerikaner

Keyes, der erste und einzige Autor, der sich mit dieser Krankheitsform eingehender beschäftigte, hat dieselben gesammelt und mit mehreren von ihm selbst beobachteten zusammengestellt. Von diesen Fällen gleichen einzelne fast bis in die Details, alle jedoch in ihren Hauptzügen ganz den von mir beschriebenen. Da ich bei der Gleichartigkeit des Materials am Ende doch zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen müsste, so will ich ihn als den berufeneren in dieser Sache sprechen lassen. Es ist dies umsomehr angezeigt, als die Anzahl von nur vier Fällen doch viel zu gering wäre, um genügend Material für eine Krankheitsskizze zu bieten, die nur einigermassen den Charakter des Typischen an sich tragen sollte. Hingegen mit anderen Fällen ähnlicher Art zusammangestellt, gewinnen die meinigen ebensoviel an Interesse, als sie den Werth der übrigen erhöhen.

Keyes erwähnt in seiner Abhandlung, die im „American journal of the medical sciences“*) unter dem Titel „Syphilis as affecting the Bursae“ veröffentlicht ist, zunächst die secundär-syphilitischen Affektionen der Schleimbeutel. Er selbst hat über diese Form keine Erfahrung, doch ist ihr Vorkommen durch Publicirung einiger exquisiter Fälle constatirt. Dieselben gehen alle, soweit die jetzigen Erfahrungen reichen, mit Erguss einher und können von Schmerzen begleitet sein. Sie weichen verhältnissmässig rasch einer antisyphilitischen Kur.

Wichtiger, weil häufiger vorkommend, sind die tertiär-syphilitischen Bursitiden. Von theoretischem Standpunkte aus hönnte man die Affektion in eine gummöse und in eine rein hyperplastische Form trennen, erstere mit der schliesslichen Elimination des kranken Gewebes endigend, letztere zur Sclerose des befallenen Gewebes führend. Indess zum Beweis für das wirkliche Vorkommen der letzteren ist noch kein derartiger Fall veröffentlicht. Bei der ersten Form kann man wiederum zwei verschiedene Unterarten auseinanderhalten. Bei der einen Art ist der Sitz der gummösen Wucherung primär in einem angrenzenden Gewebe und ergreift erst secundär die bursa. Sie ist die unwichtigere. hat nichts für den Schleimbeutel spezifisches an sich.

Weitaus interessanter ist die Form, bei welcher, wie dies bei obigen Fällen sich verhält, der Schleimbeutel der Ausgangspunkt der Gummawucherung ist und auch im weiteren Krankheitsverlauf der Hauptsitz derselben bleibt.

Der Gang dieser Krankheit ist stets ein schleichender. Schmerz fehlt, so lange die bedeckende Haut nicht ergriffen ist. Wird sie befallen, so ist einiger Schmerz zu erwarten. Meist ist etwas Flüssigkeit in der Bursa zwischen ihren verdickten Wänden enthalten, kann jedoch

*) April 1876.

fast nie durch Palpation nachgewiesen werden. Die Anwesenheit oder das Fehlen einer abschätzbaren Flüssigkeitsmenge jedoch hat keinen Einfluss auf den Character der Schmerzlosigkeit, welcher der tertiär-syphilitischen bursitis (falls sie nicht durch zufällige Entzündung complicirt ist) mit vielen anderen tertiär-syphilitischen Läsionen gemein zu sein scheint.

In der einen Hälfte der Fälle kann ein Trauma angeschuldigt werden, einen örtlichen Ausbruch der Krankheit hervorgerufen zu haben, bei den übrigen ist eine solche complicirende Ursache nicht ersichtlich.

In allen Fällen markiren Geschichte, Verlauf und Resultat der Behandlung die Affektion als entschieden syphilitisch. Die kürzeste Zeit des Auftretens dieser Krankheit nach dem Schanker ist in den beschriebenen Fällen $1^1|_2$ Jahre, die längste $8^1{}_2$ Jahre. Wenn immer zwei bursae zu gleicher Zeit bei einem Patienten befallen waren, so waren es die symmetrischen. Bei den bisher beobachteten Fällen sind die Schleimbeutel, welche vor dem Kniegelenk sitzen, am häufigsten afficirt; das ausschliessliche Contingent zu dieser speciellen Form liefert das weibliche Geschlecht. Immer schaffte die Behandlung Besserung, welche im Allgemeinen sehr prompt und gut von Statten ging, besonders zu Beginn einer kräftigen Kur. Die antisyphilitische Behandlung in einer ihrer Formen, Quecksilber äusserlich oder Jodkalium innerlich in grossen Dosen, scheint so gute Resultate zu erzielen, als man nur wünschen kann. Soweit Keyes.

Unter den zwölf Fällen, an denen er diese Beobachtungen machte, waren bei 8 die afficirten Schleimbeutel über dem Knie gelegen, nämlich die bursae praepatellares doppelseitig dreimal, einseitig zweimal, die bursa vor dem tuberculum tibiae einmal, die bursa zwischen der Insertion des semitendinosus und dem ligamentum laterale genu doppel- und einseitig je einmal. Von andern Schleimbeuteln waren immer je einmal befallen ein solcher über einem mallecolus, ein weiterer unter einem Hühnerauge, ferner in der vola manus, und über dem olcronon.

Durch meine Fälle erhält also bloss die Zahl der weiblichen mit einseitiger und doppelseitiger tertiär-syphilitischer Präpatellarbursitis einen Zuwachs. Es werden dadurch die Zahlenverhältnisse, wie sie Keyes aufstellt, nicht erheblich verschoben, und die daran geknüpften Folgerungen erhalten nur noch festeren Boden.

Ich kann also mit K. zugeben, dass wohl alle Schleimbeutel am Körper von Syphilis im Tertiärstadium befallen werden können, muss jedoch gleich ihm das numerische Uebergewicht hervorheben, das hiebei die bursae am Kniegelenk gegenüber allen anderen zeigen, dabei ist zu bemerken, dass bis jetzt ausschliesslich nur beim weiblichen Geschlecht gerade diese Affektion beobachtet wurde. Der Grund für dieses Ver-

hältniss ist in dem Umstand zu suchen, dass eben die Präpatellarschleimbeutel beim weiblichen Geschlechte ungemein mehr insultirt werden als beim männlichen. Dass aber Traumen begünstigend wirken für den lokalen Ausbruch der Syphilis, ist durch einige Fälle K's. und durch einen der meinigen — Fall IV — sicher bewiesen.

Auch was im Uebrigen K. über diese Krankheitsform sagt, bestätigen vollständig meine Krankengeschichten.

Nur in einem Punkte scheinen die Erfahrungen K's. mit den meinigen nicht übereinzustimmen. Das sind die prompten therapeutischen Erfolge, wie er sie sah gegenüber dem etwas trägen Heilverlauf bei meinen Fällen und der fast vollständigen Ohnmacht der Therapie gegenüber den Bursatumoren, soweit sie nicht zum Durchbruch gelangt waren.

Der Grund hiefür liegt in der Unvernunft meiner Patientinnen, die die Energie der Behandlung eigenmächtig abschwächten. Dieselben hielten sich nur wenig an die ihnen gegebenen Vorschriften, setzten, wie sie hintennach gestanden, oft wochenlang mit dem Jodkali aus, und waren zu einer energischen Schmierkur wegen der damit verbundenen Umständlichkeiten durchaus nicht zu bereden, da sie trotz gegentheiliger Vorstellungen ihr Leiden wegen des Fehlens erheblicher Beschwerden für höchst unbedeutend hielten.

Die Verhältnisse, wie sie eine grössere Poliklinik mit sich bringt, machen eben eine genauere Beaufsichtigung der Patienten unmöglich.

Ich habe also keine Veranlassung, K's. Behauptung, dass der Erfolg der Therapie in solchen Fällen ein sehr prompter sei, vorausgesetzt, dass sie energisch genug gehandhabt werden kann. anzutasten, ich kann dies umsoweniger, als ja auch ich jedesmal sehr schöne Heilerfolge sah, so oft die unterbrochene Behandlung von Neuem aufgenommen wurde.

Es bleibt mir noch übrig. auf die näheren Angaben bezüglich der hieher gehörigen Literatur zurückzukommen.

Den Syphilidologen der älteren Zeit scheint diese Affektion gänzlich unbekannt gewesen zu sein, wenigstens ihrem Stillschweigen nach zu schliessen, das sie hierüber beobachten.

Erst in der neueren medizinischen Literatur finden sich Andeutungen und einzelne Abhandlungen über diese Krankheitsform. Die Mehrzahl derselben beziehen sich auf die Bursaerkrankungen bei Syphilis, wie sie in deren früheren Stadien auftreten können. So erwähnt Fournier in seinem Werke „La Syphilis étudiée plus particulièrement chez la

---

*) Paris 1873.

femme"*) kurz einen Fall von bursitis praepatellaris, bei dem diese Affection schon in der sekundären Periode der Lues sich einstellte.

Verneuil hatte schon früher in einer Abhandlung *) in der er Fälle von secundär-syphilitischer Entzündung der Sehnenscheiden des Handrückens bespricht, darauf hingewiesen, dass sich in den verschiedenen subcutanen serösen Höhlen, also offenbar auch den Schleimbeuteln, ähnliche Affektionen werden finden lassen.

Einige Jahre später war er dann im Stande, einen selbst beobachteten Fall von ausgesprochen secundär-syphilitischer bursitis zu publiciren**) Hier war der Schleimbeutel, der hinter dem olecranon sitzt, der befallene.

In seiner Monographie über syphilitische Gelenkkrankheiten***) macht Jules Voisin die Bemerkung, dass bei Lues gleichzeitig mit den Gelenken auch die Schleimbeutel und Sehnenscheiden afficirt werden können, fügt jedoch ausdrücklich hinzu, dass dies nur in den frühesten Stadien zuträfe.

An einer andern Stelle derselben Schrift stellt er die Betheiligung der Schleimbeutel bei syphilitischem Rheumatismus als differentialdiagnostisch wichtig hin, gegenüber dem gewöhnlichen Rheumatismus.

Dies die spärlichen Mittheilungen über secundär-syphilitische bursitis, soweit ich sie auffinden konnte.

Auch bezüglich der tertiären Affektion ist das Material kein reicheres.

Ganz allgemein hält sich Bäumler in seinem Werke über Syphilis †) wenn er sagt: „Auch in Schleimbeuteln können seröse Ergüsse entstehen und, ebenso wie die Sehnenscheiden, können auch die Wandungen der Schleimbeutel der Sitz gummöser Wucherung werden."

Wie oben erwähnt, gehört erstere Form dem sekundären, letztere dem tertiären luetischen Stadium an.

Die ersten sicher als tertiär-syphilitische Schleimbeuteierkrankungen diagnosticirten Fälle veröffentlichte Verneuil in der Gazette hebdomataire ††).

Es sind dies ein Fall von doppelseitiger bursitis praepatellaris und einer, bei dem der Schleimbeutel vor der tuberositas tibiae sinistrae befallen war.

---

*) Gazette hebdomat. 1868 De l'hydropisie des gaines tendineuses des extenseurs des doigts dans la syphilis secondaire.

**) Gazette hebdomat. Jan. 1873.

***) Contribution à l'étude des Arthropathies syphilitiques. Paris 1875.

†) Ziemssen, Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. 6 Lief. Leipz. 1879. 2. Aufl.

††) Gazette hebdomat. 10. Jan. 1873. Les Lésions syph. teri. des Bourses sous. ent. et tendin.

Fünf weitere hieher gehörige Krankengeschichten wurden von Keyes aufgefunden; dieselben sollen in einer Inaugural-Dissertation von Moreau*) beschrieben sein.

Ich selbst konnte diese Schrift nicht bekommen.

Ueber Keyes schöne Arbeit, die eingehendste auf diesem Gebiete, ist oben ausführlich Mittheilung gemacht.

Diese kurze Literaturübersicht beweist, glaube ich, zur Genüge, dass weitere Beiträge auf diesem Felde nur erwünscht sein können.

Am Schlusse meiner Arbeit angelangt, nehme ich gerne Gelegenheit, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Helferich, für die Ueberlassung obiger Fälle und die gütige Unterstützung, die er mir bei dieser Arbeit angedeihen liess, meinen besten Dank auszusprechen.

*) Des Affections syphilitiques tertiaires des Bourses séreuses.